FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1881 | THÈSE | N° 131

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 4 avril 1881, à 1 heure

Par Edmond COURTOIS
Né à Tournus (Saône-et-Loire), le 12 mars 1856
Médecin stagiaire au Val-de-Grâce

DU PANSEMENT SIMPLE DANS LE TRAITEMENT DES PLAIES

AVEC PERTE DE SUBSTANCE

EN PARTICULIER A LA SUITE DES

AMPUTATIONS DU SEIN

Président : M. DUPLAY, *professeur,*

Juges: MM. { POTAIN, *professeur.* RENDU, POZZI, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
ALPHONSE DERENNE
52, boulevard Saint-Michel, 52
1881



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. VULPIAN.
Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	GUYON. DUPLAY
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	G. SÉE. LASEGUE. HARDY. POTAIN.
Maladies des enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques et de dermatologie	FOURNIER.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	DEPAUL.

Doyen honoraire : M. WURTZ.

Professeurs honoraires.

MM. BOUILLAUD, le baron J. CLOQUET et DUMAS

Agrégés en exercice.

MM. BERGER	MM. GAY	MM. LEGROUX	MM. RECLUS
BOUILLY	GRANCHER	MARCHAND	REMY
BUDIN	HALLOPEAU	MONOD	RENDU
BOURGOIN	HANRIOT	OLLIVIER	RICHELOT
CADIAT	HENNINGER	PEYROT	RICHET
CHANTREUIL	HUMBERT	PINARD	STRAUS
DEBOVE	JOFFROY	POZZI	TERRILLON
DIEULAFOY	LANDOUZY	RAYMOND	TROISIER
FARABEUF	DE LANESSAN		

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. N...
— des maladies des enfants	N...
— d'ophthalmologie	N...
— des maladies des voies urinaires	N...
Chef des travaux anatomiques	FARABEUF

Secrétaire de la Faculté : A. PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE VÉNÉRÉE

A MON PÈRE, MON MEILLEUR AMI

Bien faible hommage de mon éternelle reconnaissance

A LA MÉMOIRE DE MON CHER FRÈRE
EUGÈNE-CHARLES COURTOIS
Mort au champ d'honneur

A MON FRÈRE GUSTAVE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON ILLUSTRE MAITRE

MONSIEUR DESPRES

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital de la Charité
Membre de la Société anatomique, de la Société de chirurgie, etc., etc.
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MM. RICHET, GOSSELIN, HARDY, DEBONE
ET QUINQUAUD

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DUPLAY

Professeur de pathologie externe à la Faculté de Médecine
Chirurgien de Lariboisière

Qu'il me soit permis de vous adresser mes sincères remerciments pour avoir bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR MARGUE

Député de Saône-et-Loire

Hommage de ma profonde gratitude

A M. ET Mme MONNOT D'ASNIÈRES

Hommage de ma vive amitié.

A M. LE BARON ET Mme LA BARONNE DE BRETEFEUILLE

Souvenir de Paris et d'Alger.

A MON VIEIL AMI

LUCIEN GIBOULOT

Docteur en droit
Avocat à Châlon-sur-Saône

A M. LE DOCTEUR VICTOR FLEURY

Médecin principal en retraite
Médecin en chef de l'hôpital militaire de Belfort
Officier de la Légion d'honneur

A MON COMPAGNON D'ARMES ET AMI

AMAND BIÉCHY

Docteur en médecine de la Faculté de Paris

DU

PANSEMENT SIMPLE DANS LE TRAITEMENT DES PLAIES

AVEC PERTE DE SUBSTANCE

EN PARTICULIER A LA SUITE DES

AMPUTATIONS DU SEIN

« La nature fait tout et l'art ne doit tendre qu'à l'aider et à la favoriser. »

PIBRAC.

PRÉLIMINAIRES

Durant le cours de nos études chirurgicales nous avons eu l'occasion de voir pratiquer à l'hôpital Cochin par M. Desprès un grand nombre d'amputations du sein et nous avons été frappé des résultats obtenus par notre éminent maître.

Arrivé au terme de nos études nous avons résolu de soumettre à l'appréciation de nos juges un point de thérapeutique des affections chirurgicales de la femme si fécond en enseignements : Le traitement des amputations du sein. Nous aurions voulu élargir notre sujet et traiter de toutes les plaies avec perte de substance. Mais cela dépassait les li-

mites d'une thèse inaugurale et nous avons dû restreindre notre sujet aux amputations du sein.

Le pansement des plaies avec perte de substance a toujours vivement préoccupé les chirurgiens de tous les temps et si l'on jette un rapide coup d'œil sur les moyens employés dans ce but, on est frappé de la diversité de ces moyens et des polémiques souvent acerbes qu'ils ont suscitées. Toutefois parmi tous ces moyens quelques-uns survivent malgré les attaques dont ils sont l'objet ; le pansement simple est de ce nombre.

Notre travail a pour but de montrer les résultats obtenus par ce pansement durant une période de neuf années. C'est une tentative que nous faisons pour réhabiliter et renouveler l'ancienne pratique sous une forme quelque peu modifiée.

Si comme nous espérons le démontrer par de nombreuses observations, ce pansement favorise la marche rapide et naturelle des plaies vers la guérison, nous aurons fait une chose utile pour l'intérêt des malades d'abord, pour la satisfaction du chirurgien ensuite : Tel est notre seul désir.

Qu'il nous soit permis d'adresser publiquement à M. Desprès l'expression de notre profonde gratitude et pour les conseils qu'il nous a toujours donnés et pour les savantes leçons que nous avons reçues de lui, à l'hôpital Cochin ; enfin pour l'inaltérable bienveillance dont il n'a cessé de nous combler depuis le jour où nous avons eu la bonne fortune de devenir son élève. C'est à son école que nous avons appris à aimer la chirurgie ; c'est chez lui que nous avons puisé les documents de ce travail tout plein de ses idées et de son enseignement.

Voici quel est le plan que nous suivrons dans l'exposé de notre sujet :

1° Historique de la question ;

2° Exposé des modifications subies par le pansement simple ;

3° Observations et statistique intégrale des amputations du sein pratiquées à l'hôpital Cochin pendant les années 1872-73-74-75-76-77-78-79-80 ;

4° Conclusions.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE DU PANSEMENT DES PLAIES.

Nous ne passerons pas en revue toutes les opinions émises sur les divers modes de pansement des plaies : un pareil travail nécessiterait des années de recherche et notre but est plus modeste. Comme une époque scientifique se résume toujours en un homme qui a donné l'élan des travaux ou qui a résumé dans son œuvre les opinions de son temps, nous étudierons la manière de faire des savants chirurgiens qui ont illustré notre art aux différentes époques : exposer leurs doctrines ce sera, ce nous semble, faire connaître celles des époques où ils ont vécu.

Hippocrate. — Dans son chapitre des plaies, Hippocrate pose en principe qu'il faut les conserver en bon état en les maintenant sèches : « L'état sec est plus près de l'état sain et l'humide plus près de l'état de maladie » (*Hippocrate* traduction Littré page 401).

Et il emploie le vin seul ou mêlé à des substances astringentes qui augmentent ses propriétés desséchantes et conservatrices. D'après la même idée, il exclut les substances grasses et émollientes du traitement des plaies.

Galien. — Il ne fit que développer les principes d'Hippocrate en y ajoutant une foule de substances au moins inutiles, et tout le moyen âge ne fit que suivre servile-

ment ce mode de faire, tout en compliquant encore les formules déjà si embrouillées.

Guy de Chauliac. — Nous arrivons d'un seul saut jusqu'au xive siècle qui se trouve résumé en un chirurgien d'une érudition bien rare parmi ses contemporains : c'est Guy de Chauliac.

On trouve dans son ouvrage un exposé des doctrines anciennes ; mais il a le mérite d'établir entre les plaies des divisions nettes suivant leur étendue, leur forme, la partie qu'elles affectent et suivant qu'elles doivent suppurer ou être réunies immédiatement. Pour chaque espèce il indique le traitement à suivre avec une sagacité qui dénote l'observateur avant tout pratique. « Il faut, dit-il, emplastrer et oindre le membre avec aulbin d'œufs et choses froides, les premiers jours, puis avec du gros vin astreingent. »

Si la plaie est superficielle, que ses bords puissent se réunir, on essaie d'obtenir la réunion immédiate durant les trois premiers jours en faisant la suture et en pansant avec le blanc d'œuf et la poudre incarnative (1).

Mais si, après ce temps, la réunion n'a point lieu, il a recours au pansement avec le vin.

Guy a parfaitement saisi et décrit les modes de guérison des plaies et la manière de les obtenir. Il y a trois actes nécessaires, dit-il, à la curation des plaies et des ulcères : « Le premier est d'incarner, assembler et considérer, ce que pour le présent je répute être une même chose, les bords séparés et disjoints. Et cet acte convient aux playes en temps qu'elles sont playes. Le second est de

1. Encens deux parties. Sang-dragon une partie. Bol d'Arménie trois parties.

s'engendrer la chair au lieu qu'elle fait défaut : lequel convient aux playes et ulcères caves. Le tiers est de cicatriser et seller ladite chair, lequel convient aux playes et ulcères auxquels la seule peau est requise et nécessaire » (Guy de Chauliac. trait. VII, doc. I, chapitre VI, page 668).

Quand la plaie doit bourgeonner il fait usage de médicaments « régénératifs de chair » qui, selon Avicenne, sont ceux qui ont la propriété de « peimuer en chair le sang qui survient à la playe. » L'aloës, le mastic, l'aristoloche, la couperose brûlée, le plomb et l'antimoine sont les principaux. Quand le moment est venu de hâter la formation de la cicatrice, on a recours aux astringents et aux substances qui passaient pour telles : l'alun calciné, la noix de Galles, etc.

Mais dans ce cas comme dans les autres il observe qu'on doit toujours recouvrir la plaie avec d'estoupade imbibée de vin austère.

Guy était trop bon observateur pour avoir vu que les plais guérissaient seules. Chez les individus à bonne charnure on doit confier à la nature seule le soin de guérir. Mais dans la plupart des cas il faut demander aide et secours aux médicaments, soit à cause des complications de la plaie, soit à cause du mauvais état de santé où sont les blessés.

Nous voyons par ces citations quel était l'esprit du traitement de cette époque.

Paracelse, Ambroise Paré. — Au XVIe siècle apparaissent deux hommes qui ont laissé de profondes traces de leur passage, l'un en médecine, l'autre en chirurgie : j'ai nommé Paracelse et Ambroise Paré. Tous deux, rompant

avec les traditions, cherchèrent dans l'observation des faits les règles de leur art. Si nous parcourons le livre des Plaies de Paracelse on y trouve décrites la marche naturelle des plaies et les indications que le chirurgien doit remplir pour la seconder. Il expose le premier ce que les modernes ont appelé la lymphe plastique. L'office du chirurgien est de veiller à la conservation de ce baume et telle est l'importance de cet office « *ut jam recte dicatur, bonus balsani custos, bonus chirurgus esse.* » Deux conditions doivent être remplies pour arriver à ce but : veiller au bon état des fonctions de nutrition du malade, sans cela la lymphe plastique n'est plus secrétée avec ses propriétés normales et la plaie prend mauvais aspect.

En second lieu il faut conserver la plaie en bon état. Mais après de pareils principes si bien énoncés, nous trouvons la thérapeutique la plus compliquée qu'il soit possible et répondant assez mal aux indications posées. Pourtant il donne la préférence au vin et aux astringents sur tous les autres topiques.

Ambroise Paré apporta dans toute la chirurgie des réformes utiles. Il bannit d'abord une foule de médicaments et fit une thérapeutique renfermant un nombre relativement restreint de substances : Dans son traité des plaies de tête il enseigne la manière de les panser. Si la plaie est simple il la réunit avec quelques bandelettes après l'avoir recouverte d'un baume « cicatrisatif » dont la thérébentine fait la base.

Si la plaie est vaste il la lave avec du vin et avec un mélange de thérébentine et d'eau-de-vie.

Dans tous les cas on devra se garder d'employer les

émollients et les corps gras qui favorisent la décomposition des liquides et des accidents qui en résultent.

C'est surtout dans son livre des Plaies par arquebuses qu'il établit les règles des pansements des plaies. Il faut, dit-il, employer l'eau-de-vie pure, les résineux et les astringents.

Au xviie siècle (1716) nous trouvons des voix éparses s'élever contre les pratiques des chirurgiens anciens et affirmer bien haut les vertus réparatrices de la nature. Parmi ceux qui suivirent cette voie se remarque surtout Magatus, professeur à Ferrare qui développe sur le pansement des plaies des idées nouvelles qui peuvent se résumer ainsi :

1° La tendance naturelle des plaies est la guérison.

2° La nature est plutôt entravée qu'aidée par des emplâtres.

3° Il faut avant tout éviter le contact de l'air parce qu'il irrite les plaies.

4° Le pus n'est pas une humeur viciée c'est le topique naturel des plaies pour hâter leur réparation.

Mais la voix de Magatus ne fut pas assez forte pour primer celle des anciens chirurgiens et les pratiques surannées continuèrent leur cours.

Ce n'est que vers le milieu du xviiie siècle que Bellost, Pibrac, Leucas, Louis, reprennent les idées de Magatus et cherchent en observant la marche naturelle des plaies à fonder une méthode qui tend à aider la guérison et à la favoriser. C'est Pibrac qui fait observer le premier ce qui se passe chez les animaux qui guérissent leurs plaies en léchant leur surface. Le pansement des plaies d'après Pibrac

consiste en de la charpie sèche qu'il laisse plus ou moins longtemps en contact avec la plaie. Ce pansement donna d'heureux résultats et entra dans la pratique d'une façon définitive : c'est lui qui plus tard prit le nom de pansement à plat.

Boyer, Lisfranc, Dupuytren employèrent le pansement de Pibrac en y faisant quelques modifications : c'est ainsi qu'ils imprégnèrent la charpie de liquides destinés à amener l'occlusion des vaisseaux divisés.

Boyer dans sa thèse d'agrégation pour le professorat (1841) fait une étude complète de ce pansement : Il pose la charpie directement sur la plaie et la laisse en place jusqu'à ce que la suppuration la détache puis il renouvelle le pansement toutes les vingt-quatre heures.

Ce pansement de Boyer fut employé pendant de longues années. Mais depuis quelques années il semble avoir perdu de sa suprématie pour faire place au pansement de Lister dont nous ne dirons que quelques mots.

Pansement de Lister. — Nous savons bien que cela peut sembler téméraire de contester la supériorité de ce pansement à la mode. Pourtant, il nous sera permis d'énoncer sincèrement notre avis qui peut se résumer ainsi : Ce pansement vaut les autres, mais ne leur est pas supérieur et jamais avec ce pansement nous n'avons vu pour notre part, d'aussi beaux résultats que ceux obtenus avec le pansement simple au moins dans le traitement des plaies avec perte de substance.

La théorie antiseptique de Lister peut se résumer en trois principes :

1° L'atmosphère contient des germes (microphytes), capables de produire la putréfaction.

2° La putréfaction est produite par ces organismes et non par l'action de l'oxigène ou d'autres gaz.

3° Enfin la vitalité de ces organismes peut être détruite par plusieurs substances chimiques appelées pour cela antiseptiques. Tel l'acide phénique.

Ces principes se déduisent des expériences de Pasteur, Lister, etc.

1° La suppuration ne serait pas un phénomène, mais un accident.

2° La réparation des plaies est contrariée par des circonstances extérieures et c'est en vertu de ces influences que se produisent les phénomènes de suppuration qui accompagnent la réparation des plaies.

3° L'action de ces circonstances extérieures peut entraîner des complications graves au milieu des phénomènes de réparation.

La méthode de Lister prétend : 1° Simplifier les phénomènes de la réparation de sorte que la suppuration disparaisse.

2° Elle préviendra l'invasion des complications graves des plaies.

3° Le blessé guérira plus vite, souffrira moins et sera moins exposé aux conséquences de la suppuration.

Nous ne contestons nullement les résultats obtenus avec le pansement de Lister. Mais il est tellement minutieux et comporte tant de substances qu'on ne saurait le recommander. De plus avec le pansement que nous préconisons, nous obtenons des résultats aussi bons sinon meilleurs. Pourquoi

alors surcharger la thérapeutique de ces pratiques au moins bizarres, de cette mise en scène et de ces puérilités qui nous rappellent un autre âge ?

Et puis de quels arguments se sert-on pour défendre le pansement de Lister ? L'acide phénique, dit-on, purge l'atmosphère des germes.

Mais c'est là une erreur comme l'ont prouvé les expérimentateurs les plus habiles et les plus convaincus M. Tyndall et M. Pasteur.

Ces savants nous ont appris en effet que « les germes atmosphériques sous un certain état de leur transformation, dit *état corpusculaire*, échappent à la plupart des causes de destruction connues, à l'acide phénique en première ligne et même à une température de 140 degrés. »

Deux de nos maîtres dans la médecine militaire, M. le professeur Perrin, inspecteur de santé des armées, et M. Marty professeur de chimie au Val-de-Grâce, ont entrepris des expériences qu'il n'est guère possible d'attaquer car elles ont été faites avec un soin extrême. Elles ont été exposées à la Société de chirurgie le 12 février 1879. Voici en quoi elles consistent :

Si les pulvérisations d'acide phénique sont efficaces, si elles détruisent les germes, il est évident qu'elles doivent avoir pour effet, comme le filtre de coton, comme les tubes recourbés de M. Pasteur, d'empêcher tout travail de fermentation. Si ce travail se produit, c'est évidemment que les pulvérisations d'acide phénique sont une garantie illusoire.

Les expérimentateurs ont choisi comme liquide de culture de la décoction d'orge, de l'urine, du lait, du sang.

Ils ont constaté d'abord qu'il n'existait, dans ces liquides, aucun organisme. Puis de ces liquides ils ont fait deux parts : l'une fut placée sous une cloche contenant de l'air emprunté à une salle de chirurgie, ou introduite dans un ballon rempli d'air pris dans la même salle ; l'autre fut placée sous une cloche ou introduite dans un ballon contenant de l'air phéniqué. On s'est servi pour répandre des vapeurs phéniquées du pulvérisateur préconisé par M. Lucas Championnière. On l'a fait fonctionner avant et pendant tout le temps de la manipulation, comme s'il s'était agi de faire une grande opération chirurgicale.

Les liquides ont été examinés à deux reprises et ont donné les résultats suivants :

Examen au troisième jour.

1° La décoction d'orge abandonnée à l'air fourmille de bactéries.

2° La décoction d'orge placée dans un ballon au contact de l'air des salles, est trouble ; elle renferme un grand nombre de bactéries petites, mais très vivaces.

3° La décoction placée dans l'atmosphère phéniquée, a le même aspect trouble ; *elle renferme autant de bactéries*.

4° Le lait conservé sous une cloche, dans une atmosphère phéniquée, est couvert d'une pellicule jaune orangée ; il exhale une odeur fétide et renferme un grand nombre de bactéries très vivaces moins grandes que celles de la décoction d'orge. On y trouve aussi beaucoup de monades vivantes.

5° L'urine placée dans les mêmes conditions est fétide,

sans dépôt; d'acide elle est devenue alcaline. Pas de bactéries.

Une autre portion des mêmes liquides est examinée au douzième jour et donne les résultats suivants :

1° La décoction d'orge laissée à l'air libre est trouble et remplie de bactéries mortes.

2° La décoction au contact de l'air de la salle ne contient aucun organisme.

3° La même décoction au contact de l'air pris dans le même milieu, après des pulvérisations phéniquées, contient un grand nombre de monades vivantes. Pas de bactéries.

4° Le sang conservé dans une atmosphère phéniquée forme un coagulum assez considérable ; il a une odeur fétide, il ne renferme ni bactéries ni aucun autre organisme, mais un grand nombre de corps moléculaires animés de mouvement.

5° L'urine placée dans un ballon contenant de l'air de la salle, est claire, non fétide, sans organisme.

6° L'urine placée dans un ballon qui contient de l'air phéniqué, est trouble, sans odeur, elle forme un dépôt blanchâtre au fond, et renferme un certain nombre de monades accolées entre elles.

7° L'urine mise sous cloche est fétide, ammoniacale ; elle forme un dépôt ; elle ne renferme pas de bactéries, mais beaucoup de monades.

8° L'urine mise sous cloche dans l'air phéniqué est fétide, ammoniacale ; elle forme un dépôt ; pas de bactéries, mais des monades.

Pour plus de garanties les mêmes expériences furent recommencées dix mois plus tard, en prenant le soin cette

fois de conserver les liquides dans une pièce ayant nuit et jour la température des salles de malades, c'est-à-dire 12 et 14 degrés.

Les résultats de ce nouvel examen furent absolument identiques aux premiers.

Ces expériences ne démontrent-elles pas d'une façon évidente, que les pulvérisations d'acide phéniqué n'exercent aucune influence sur l'évolution des germes et sur les phénomènes de putréfaction qui en sont la conséquence.

Il s'est même présenté que le sang et l'urine conservés au contact de l'air dit aseptique étaient plus altérés que dans l'air septique. « Œuvre du hasard, à coup sûr, dit M. Perrin, montrant seulement la façon irrégulière, intermittente, dont s'opère l'ensemencement atmosphérique, mais autorisant à répéter que les pulvérisations d'une solution même très forte d'acide phénique ne modifient pas l'état de l'air vicié. »

Toutes ces expériences ne tendent-elles pas à prouver que ce pansement de Lister tant préconisé, manque de base?

Nous ne nous étendrons pas plus longuement sur cette question. Nous renvoyons à nos observations qu'il suffit de parcourir pour se convaincre que les résultats auxquels nous parvenons avec le pansement simple, peuvent soutenir une comparaison avantageuse avec le pansement de Lister. Toutes les discussions auxquelles nous pourrions nous livrer ne sauraient valoir l'exposé de résultats précis.

Nous ajouterons que de nombreux adeptes du pansement de Lister l'ont déjà abandonné et il suffit de lire les journaux allemands pour s'assurer qu'à l'Université de Berlin l'acide phénique est déjà détrôné par l'acide salycilique.

DEUXIÈME PARTIE

DU PANSEMENT SIMPLE MODIFIÉ

Les modifications apportées au vieux pansement simple que nous allons décrire datent déjà de longtemps : Nélaton employait déjà ce pansement modifié dans les amputations du sein et actuellement, M. Desprès l'emploie dans toutes les plaies avec perte de substance.

Deux éléments nouveaux sont ajoutés au vieux pansement simple :

1° L'alcool.

2° L'humidité.

Les pièces qui constituent ce pansement sont :

1° De la charpie.

2° Des compresses carrées et longues.

3° Un linge cératé ou glycéré.

4° Des moyens de contention comprenant des bandes et un bandage de corps.

Voici la conduite à suivre dès que l'opération est terminée :

Et d'abord toutes les pièces doivent être rangées avec ordre de façon à ce qu'il n'y ait pas de retard dans l'application du pansement. Quand la tumeur a été énuclée, que les parties malades ont été enlevées, les artérioles liées, on lave d'abord la plaie avec de l'eau tiède (15° environ)

de façon à lui enlever toutes les impuretés qu'elle peut contenir.

Puis on procède au pansement : On trempe un gâteau de charpie dans l'alcool pur de façon à bien l'imbiber de ce liquide et on le place directement sur la plaie. Il est essentiel que la plaie soit totalement recouverte de ce gâteau. Cet alcool pur ne sert qu'au premier pansement et il sert à cautériser les vaisseaux béants et à amener leur occlusion, ce qui diminue les chances d'hémorrhagie.

Une fois ce gâteau placé on le recouvre d'un linge fénétré enduit de cérat qui doit dépasser de quelques centimètres les bords de la plaie. Enfin, par dessus ce linge cératé on met une couche assez épaisse de charpie imbibée d'alcool camphré. Puis on procède à la contention à l'aide d'un bandage de corps serré et bien maintenu, car il est essentiel que l'appareil ne bouge pas. Pourtant il faut éviter une compression trop forte qui serait très douloureuse.

Cela fait on transporte la malade dans son lit et on l'alimente aussi bien que possible. Enfin on confie à une personne présente le soin d'humecter l'appareil toutes les deux ou trois heures avec un mélange d'eau et d'alcool camphré, dont on imbibe le linge et qu'on exprime sur le pansement. Mais il ne faut pas toucher au pansement.

Le liquide ainsi introduit entretient au niveau de la plaie une humidité constante que l'évaporation ne peut plus faire disparaître. Dans l'été, comme cette évaporation est plus active, on recouvre le pansement de taffetas gommé qui s'oppose à cette évaporation.

Cette humidité a pour but d'empêcher la charpie placée en contact avec la plaie de se durcir, de l'irriter, et par

conséquent de produire l'érysipèle. Cette théorie de l'humidité est fondée sur l'observation directe de la nature, et on ne saurait contester son efficacité dans la réparation des plaies. Que voyons-nous en effet dans la nature ? Tous les tissus de l'embryon ne se développent-ils pas dans un milieu humide ? En pathologie ne sont-ce pas les plaies de la bouche qui se réparent le plus vite ? Prenez une plaie de la cavité buccale, même très compliquée et très étendue, comme celle résultant de l'ablation du maxillaire supérieur. En quelques jours la plaie est cicatrisée. C'est qu'en effet cette plaie est dans une atmosphère humide constituée par la salive. Il y a là, ce nous semble, un enseignement du plus haut intérêt et un pansement rationnel et véritablement physiologique est assurément celui qui imite cette sage conduite de la nature. De plus, tous les pansements qui ont fait leurs preuves et resteront ne sont-ils pas des pansements humides ? Le pansement par occlusion de Chassaignac avec les bandelettes de diachylum est un pansement humide, et c'est la sueur enfermée et maintenue sous ces bandelettes qui constitue l'atmosphère humide. Plus tard c'est le pus qui entretient cette humidité. La même chose a lieu dans le pansement ouaté d'Alph. Guérin.

Si nous employons l'alcool camphré pour maintenir l'humidité, c'est uniquement pour détruire la mauvaise odeur qui s'exhale de la plaie ; mais au point de vue thérapeutique l'eau remplirait les mêmes conditions d'humidité.

Deuxième temps du pansement. — L'appareil est renouvelé au bout de vingt-quatre heures, mais ce renouvellement ne doit porter que sur les pièces de pansement jusqu'au linge cératé inclusivement. Ce linge cératé a pour but

d'empêcher les pièces placées au-dessus de lui d'adhérer aux pièces sous-jacentes et par conséquent d'effectuer des tiraillements douloureux et nuisibles à chaque pansement. On humecte avec l'alcool camphré le gâteau de charpie laissé à demeure, on essuie les bords de la plaie salis et on procède à l'application d'un second appareil en tout identique à ce qu'on a fait la première fois. Il faut de plus faire continuer le mouillage comme la veille. Ce pansement ainsi fait n'est nullement douloureux et a l'avantage de permettre au chirurgien d'observer à chaque pansement les phénomènes qui se passent au niveau de la plaie.

Le pansement et le mouillage sont pratiqués de la sorte jusqu'à ce que la suppuration soit franchement établie, ce qui demande en général quatre ou cinq jours.

Alors la charpie se détache du fond de la plaie à chaque renouvellement du pansement, chassée par lambeaux sous l'influence du développement des bourgeons charnus et de la suppuration. A chaque pansement il faut l'enlever avec grand soin au fur et à mesure qu'elle se détache en évitant surtout d'exercer des tractions qui irriteraient la plaie et la feraient saigner. Quand on trouve quelque adhérence de la charpie il faut la respecter et attendre que la suppuration en détermine la chute.

Au bout d'un certain temps la surface de la plaie qui suppure se trouve recouverte de pus et de bourgeons charnus et par conséquent plongée dans ce milieu humide que nous nous efforcions d'entretenir tout à l'heure avec le mouillage répété. Dès lors ces mouillages deviennent inutiles et on substitue au pansement humide le pansement à plat classique : c'est-à-dire un linge cératé recouvert d'une

couche plus ou moins épaisse de charpie sèche. Dès lors il faut s'abstenir de tout mouillage et renouveler le pansement à plat toutes les vingt-quatre heures. Les bords de la plaie doivent être épongés à chaque pansement pour éviter à ce niveau la formation de croûtes qui pourraient nuire à la cicatrisation ultérieure. Mais il faut respecter le pus qui recouvre la solution de continuité, car il ne doit pas être regardé comme un agent nuisible mais comme le « topique naturel des plaies. » Il joue un rôle efficace en baignant les bourgeons charnus autour desquels il entretient l'humidité favorable à leur développement.

Il ne faudrait pourtant pas nous faire dire ce qui n'est pas dans notre pensée à savoir que le pus a des vertus spéciales.

Non, il agit simplement comme lubréfiant, comme agent humectant et ne joue pas d'autre rôle que celui que remplirait un autre liquide « de l'eau par exemple. »

On voit ainsi la plaie parcourir toutes les phases de la cicatrisation médiate appelée « cicatrisation sous-crustacée. »

La fièvre traumatique suivant toute opération un peu grave, ne présente dans le cas actuel qu'une médiocre intensité et disparaît dès l'apparition de la suppuration. Alors on voit les bourgeons charnus recouvrir la surface de la plaie, d'abord en certains points, puis en totalité et à mesure que la guérison approche la suppuration devient de moins en moins abondante.

Avec ce pansement quand la plaie est petite ou de moyenne dimension la cicatrisation exige de trente à qua-

rante jours. Quand elle est plus grande elle exige de cinquante à cinquante-cinq jours.

De la non-réunion. — Ce n'est pas seulement au pansement humide que nous attribuons la facile cicatrisation des plaies avec perte de substance, mais encore à la non-réunion. Cette question de la réunion des plaies a des partisans et des détracteurs. Il ne faut pas la rejeter d'une façon absolue ni l'admettre de même. Tout dépend de la nature de la plaie. Toute ablation de tumeur nécessite une perte de substance mais cette perte de substance porte, ou sur la peau, ou sur le tissu cellulaire, ou sur les muscles, ou enfin sur toutes ces parties à la fois. Il est bien certain que si la peau adhère à la tumeur comme dans les cancers du sein, il faudra forcément l'enlever avec eux. Si elle n'adhère pas on pourra la disséquer d'avec les parties sous-jacentes et la conserver pour protéger la perte de substance effectuée sur ces parties.

Mais si au contraire on a été obligé d'enlever la peau, la réunion que tentera le chirurgien exercera forcément des tractions sur les bords de la plaie et la coaptation sera d'autant plus difficile que la plaie sera plus étendue. Il y aura des tiraillements continuels très douloureux pour le malade d'abord, très défavorables à la cicatrisation ensuite. Donc dans ce cas nous croyons que la réunion est une mauvaise pratique. Mais même quand la peau est conservée et suturée la réunion peut présenter de grands inconvénients : par exemple la stagnation du pus au-dessous d'elle et son infiltration dans le tissu celluaire, d'où des phlegmons et l'infection purulente. Rien de tout cela ne se présente quand on évite la réunion et un des avantages de

notre pansement est, à notre avis l'obstacle qu'il met à cette réunion.

C'est l'opinion de Velpeau qui s'exprime ainsi dans son *Traité des maladies du sein* :

« La réunion immédiate frappe plus agréablement l'œil. Il semble qu'en remettant ainsi les bords de la solution de continuité en contact, le malade va être guéri en quelques jours et que la cicatrice ne laissera pas de difformité. Cela est rare. Je ne l'ai vu que quatre ou cinq fois. Généralement la plaie suppure et il faut alors trois ou quatre semaines pour obtenir la guérison. »

Dubreuil et Benjamin Anger, soutiennent la même opinion dans leurs thèses d'agrégation.

Enfin un autre avantage du pansement que nous préconisons et de cette non-réunion, c'est de permettre au chirurgien de voir constamment ce qui se passe au niveau de la plaie : Qu'il y ait hémorrhagie, fusées purulentes, etc., le chirurgien s'en aperçoit de suite et peut dès lors agir en conséquence contre des complications naissantes qu'il serait peut-être incapable d'arrêter s'il s'en apercevait plus tard.

En résumé l'humidité et la non-réunion : tels sont les deux facteurs principaux qui, à notre avis, doivent être pris en considération. C'est à eux que nous attribuons les beaux résultats obtenus par M. Desprès, ainsi qu'on peut juger par les observations qui font le sujet du chapitre suivant.

CHAPITRE III

Nous allons exposer les nombreux cas d'amputations du sein pratiquées à l'hôpital Cochin par M. Desprès durant une période de neuf années, de 1872 à 1880 inclusivement.

Nous avons été témoin de la plupart des amputations pratiquées pendant les trois dernières années. Dans toutes le pansement simple a toujours été employé seul.

Qu'il nous soit permis d'ajouter que la statistique que nous publions est une statistique intégrale et non pas de choix : toutes les amputations ont été relatées et nous les avons rassemblées en feuilletant laborieusement les registres de l'hôpital Cochin, où les malades sont inscrites jour par jour. Nous avons voulu enfin pour qu'on ne contestât pas l'authenticité de ces observations, y joindre le nom exact des opérées avec la date précise de leur entrée et de leur sortie. De cette manière il sera toujours facile de vérifier les résultats que nous mentionnons.

Notre exposé facilitera donc toutes les recherches faites dans ce sens :

Observation

Adéno-sarcome du sein droit.

Obric, Marianne, 51, marchande de vins. Cette femme se présente

le 24 septembre 1875 à l'hôpital Cochin pour une tumeur énorme du sein droit.

M. Desprès lui conseille de se faire opérer : elle accepte et entre à l'hôpital le 27 du même mois. La malade raconte que le début de la maladie remonte à huit ans environ. A cette époque elle a eu un enfant qu'elle n'a pas allaité et c'est à partir d'alors qu'elle s'est aperçue d'une petite grosseur dans le sein. Cette grosseur était au début ronde, indolore, du volume d'une petite noix et se déplaçait avec facilité. Pas d'antécédents de famille suspects. Pas de coup sur la région. Durant cinq années la tumeur n'a augmenté de volume que d'une façon insensible et sans provoquer de douleur : elle était alors tout au plus grosse comme une petite pomme. Il y a dix-huit mois son développement a marché avec plus de rapidité et s'est accompagné de vives douleurs lancinantes et se montrant surtout à l'époque des règles. Depuis sept ou huit mois elles ont augmenté de fréquence et d'intensité et en outre la tumeur a dépassé le volume du poing.

Au moment de son entrée la tumeur est très volumineuse, un peu bosselée, dure, d'une consistance ferme et à peu près égale ; elle n'adhère pas à la peau. Celle-ci est fortement distendue, rouge et altérée sur un point où elle présente une ulcération de la grandeur d'une pièce de 50 centimes. Par cette ulcération on voit saillir une sorte de champignon formé par le néoplasme faisant relief. La tumeur est développée surtout dans la partie externe de la mamelle ; le mamelon est intact et déjeté vers le sternum. L'état général de la malade est bon ; elle est encore grasse et fraîche.

Le 12 *octobre*. — L'amputation est pratiquée. La tumeur est circonscrite par deux incisions elliptiques à grand diamètre un peu oblique de dedans en dehors, intéressant presque tout le sein, mais laissant intacte une portion de sa partie interne.

De nombreux vaisseaux donnent une assez grande quantité de sang.

Cinq ligatures sont pratiquées ; deux artérioles sont soumises à la torsion.

La tumeur étant énucléée, laisse une vaste plaie de forme ovalaire et d'une étendue de 14 à 15 centimètres environ. La plaie est profonde

mais néanmoins, le muscle grand pectoral n'a pas été dénudé. M. Després procède aussitôt au pansement qui est appliqué de la façon suivante :

1° Plumasseau de charpie imbibé d'alcool pur, mis directement dans la plaie ;

2° Vaste linge cératé ;

3° Gâteau de charpie trempé dans l'alcool camphré ;

4° Deux compresses carrées également imbibées du même liquide ;

5° Bandage de corps avec bretelles ;

6° Echarpe triangulaire maintenant le bras rapproché du corps.

On prescrit ensuite à la malade du bouillon, du potage, une côtelette et on recommande d'humecter l'appareil toutes les deux ou trois heures.

13 *octobre.* — Nuit mauvaise. La malade a pris un peu de bouillon le matin. Douleurs vives dans la soirée d'hier, mais en grande partie calmées ce matin. T. 38°, 2.

On procède au deuxième pansement. Toutes les pièces de l'appareil sont enlevées, sauf la charpie que l'on humecte avec de l'alcool pur étendu d'eau.

Les bords de la plaie sont sensiblement rétractés depuis hier et ne présentent aucune trace d'inflammation.

Le pansement est refait comme précédemment.

Lorsque toutes les pièces ont été appliquées, on recouvre la poitrine de la malade d'une alèze chaude. Les lotions sont continuées comme la veille.

14 *octobre.* — Nuit bonne. Douleurs peu vives. La malade a mangé une côtelette. T. 38°. Même pansement. Mouillage continué.

15 *octobre.* — Bon état. T. 37°, 5. Les bords de la plaie offrent un très-bel aspect. Le bandage de corps ratatiné par suite du mouillage, est remplacé. Même pansement.

16 *octobre.* — T. 37°, 6. Rien d'anormal au niveau de la plaie ; on voit par places des ilots de charpie ramollis par la suppuration qui commence.

18 *octobre.* — Bon état général. Disparition complète de la

fièvre. T. 37, 1. Le pansement est refait comme d'habitude. La plaie exhale une forte odeur, mais la suppuration n'a pas encore détaché de charpie.

19 *octobre*. — La suppuration est beaucoup plus abondante. Une partie de la charpie est repoussée et détachée. On coupe ces parcelles de charpie avec des ciseaux et on les retire sans exercer de traction. Au-dessous on voit les bourgeons charnus recouverts par une légère couche de pus. Mouillage continué.

20 *octobre*. — La charpie se détache et tombe d'elle même en entier. La plaie a actuellement onze centimètres. Elle est recouverte de bourgeons charnus du plus bel aspect et uniformément développés. Le mouillage est continué, mais le linge cératé est placé directement en contact avec la plaie suppurante.

21 *octobre*. — Suppuration abondante. On supprime le mouillage et on applique le pansement à plat.

22 au 29 *octobre*. — Les bourgeons charnus comblent toute la perte de substance. On promène largement sur leur surface le crayon nitrate d'argent. La plaie a notablement diminué. En outre les bords se rapprochent l'un de l'autre vers le centre.

30 *octobre au* 10 *novembre*. — La réunion s'est opérée ; il en résulte une diminution très grande de la plaie qui est actuellement presque linéaire et n'a que cinq à six centimètres.

12 *novembre*. — La cicatrisation fait des progrès sensibles.

14 *novembre*. — La malade se lève et se panse elle-même.

24 *novembre*. — La malade est tout à fait guérie et sort de l'hôpital fraîche, bien portante, sans avoir perdu son embonpoint. La cicatrice est peu difforme et peu étendue.

Observation recueillie par M. Souilhé

Squirrhe du sein droit. Ganglion squirrheux de l'aisselle.

Léonard Marguerite, 71 ans. Blanchisseuse. Entrée le 5 octobre 1875. Cette femme a toujours joui d'une bonne santé. Elle a été

réglée jusqu'à 55 ans. Il y a deux ans elle reçut un coup violent sur le sein droit en poussant un lit contre un mur. Quelques jours après elle s'est aperçue d'une petite grosseur dans ce même sein, grosseur du volume d'une petite noix, indolore et mobile. La tumeur est restée stationnaire pendant un an environ. Puis elle a grossi s'est développée et est devenue douloureuse. Mais c'est surtout depuis cinq mois que ces douleurs sont vives et fréquentes. Elle les compare à des coups de lancette et raconte qu'il lui est souvent, pour cela impossible de dormir. Elle demande à se débarrasser de sa tumeur et entre à l'hôpital le 5 octobre. Cette femme quoique âgée, est encore vigoureuse et rien n'indique encore chez elle les signes de la cachexie cancéreuse.

La tumeur est dure, irrégulière ; adhérente à la peau et composée de deux portions renflées, séparées par une partie plus étroite. Sur l'un de ces renflements on voit une ulcération irrégulière, à bords taillés à pic et de la grandeur d'une pièce de 1 fr. Le début de cette ulcération remonte à un mois. La peau est ratatinée et adhérente aux noyaux squirrheux. Dans l'aisselle il y a un ganglion engorgé.

12 *octobre*. — La malade devait être opérée aujourd'hui, mais une lymphangite s'est développée autour de l'ulcération et s'est propagée jusque dans l'aisselle. On applique des cataplasmes sur le sein et l'opération est ajournée.

22 *octobre*. — La lymphangite a disparu.

L'opération est pratiquée avec le bistouri. La malade est chloroformisée. La tumeur est circonscrite par deux incisions elliptiques, presque demi-circulaires, et est enlevée avec une portion des tissus sains. La dénudation du grand pectoral dans une assez grande étendue en a été la conséquence.

En outre, il a fallu prolonger l'incision jusque dans l'aisselle, afin d'enlever le ganglion malade. L'écoulement du sang a été peu abondant, trois ligatures seulement ont été pratiquées. Il résulte de cette opération une plaie circulaire qui devient elliptique quand le bras est rapproché du corps. Une des extrémités de cette ellipse regarde en dedans et en haut vers le sternum, l'autre est dirigée vers l'aisselle.

La plaie a euviron 18 centimètres de longueur et 7 ou 8 de largeur. Le pansement est appliqué selon le mode ordinaire.

23 *octobre*. — Hier dans la soirée une hémorrhagie assez abondante s'est produite. L'interne de garde appelé a défait le pansement et constate que l'écoulement de sang avait cessé ; aussi a-t-il laissé les choses en place. Ce matin la malade est pâle, fatiguée ; elle a eu quelques vertiges, nais n'a pas perdu connaissance. T. 38°,6. Le pouls est fréquent, agité ; les douleurs sont vives, mais non exagérées. La malade n'a pas dormi pendant la nuit et a pris seulement un peu de bouillon dans la journée. M. Desprès procède au pansement. Le mouillage est continué avec fréquence.

24 *octobre*. — La malade a un peu dormi ; mais elle est encore faible et fatiguée. T. 38°,2. L'hémorrhagie ne s'est pas reproduite. La charpie est seulement salie par un léger suintement sanguin. Pansement ordinaire. Mouillage toutes les deux ou trois heures. La malade prétend que ce mouillage diminue beaucoup la cuisson qu'elle éprouve.

25 *octobre*. — La fièvre a diminué ; les forces sont un peu revenues ; néanmoins la nuit a été assez mauvaise. Le pansement est fait comme d'ordinaire. On observe sur le bord inférieur de la plaie une zône inflammatoire de 1 centimètre de largeur à peu près, s'étendant à toute la moitié de la circonférence de la perte de substance. Cette zône inflammatoire s'explique par les manœuvres qu'a nécessitées l'hémorrhagie.

26 *octobre*. — Même état. Le pouls est un peu fréquent. La suppuration s'établit déjà, car la charpie est imprégnée de pus au niveau des bords. La rougeur signalée hier est la même.

Continuation du mouillage.

27 *octobre*. — État général meilleur. Nuit bonne. T. 37°,5. La rougeur des bords a disparu. La suppuration marche et fait des progrès. Même pansement.

28 *octobre*. — La malade reprend ses forces. La charpie est décollée sur une grande étendue ; on coupe cette portion de charpie avec des ciseaux et on la retire. Même pansement.

30 *octobre.* — La charpie est presque entièrement tombée sauf vers le milieu où il en reste encore un petit îlot. La surface est baignée d'un pus crêmeux, abondant et du meilleur aspect. Cependant les bourgeons charnus sont un peu moins vivaces que d'ordinaire. Pansement habituel. Mouillage continué.

1er *novembre.* — Suppression de mouillage et pansement sec. Le pus est abondant et de bonne nature. État général très bon. Absence complète de douleur et de fièvre.

2 *au* 8 *novembre.* — Suppuration abondante imbibant toute la charpie placée sur le linge cératé et coulant même sur les bords.

Les bourgeons charnus comblent presque entièrement toute la perte de substance, et se confondent avec les bords de la plaie.

10 *au* 15 *novembre.* La cicatrisation fait des progrès. La plaie est diminuée des deux tiers. De plus, vers le point où le ganglion a été enlevé, la réunion par deuxième intention s'opère et est même déjà établie. Le pus est encore sécrété avec abondance.

19 *novembre.* — Cautérisation des bourgeons charnus.

29 *novembre.* — La plaie n'est pas plus grande qu'une pièce de 5 francs. La suppuration a beaucoup diminué. Le tissu cicatriciel se développe de plus en plus. La malade se lève et se panse elle-même.

10 *décembre.* — La plaie a la grandeur d'une pièce de 0,50 centimes.

20 *décembre.* — La cicatrisation est complète et la malade est guérie. Elle a repris ses forces, et à peu près son embonpoint.

Elle sort de l'hôpital le 24 décembre.

OBSERVATIONS

Statistique intégrale de l'hôpital Cochin pendant les années 1872, 1873, 1874, 1875, 1876, 1877, 1878, 1879, 1880.

Année 1872.

I

Baudoin, Antoinette, 15 ans. Entrée le 15 février 1872 pour un adénome du sein droit ayant le volume d'une noisette. Le début de la tumeur remonte à quatre ans. Le 4 mars, extirpation de la tumeur. Pansement humide. Pas de complications; guérison et sortie de la malade le 8 avril. Durée du traitement, trente-cinq jours.

II

Moneret, Louise, 33 ans, domestique. Entrée le 21 avril 1872. Hypertrophie de la mamelle gauche ; le sein a le volume d'une tête d'enfant nouveau-né. Début, il y a vingt ans. Le 10 juillet, amputation du sein. Pansement humide. Pas de complications. Sortie guérie le 27 septembre. Durée du traitement, soixante-treize jours. Aujourd'hui cette femme jouit d'une bonne santé.

III

Sartulet, Félicité, 73 ans, domestique. Squirrhe de l'aisselle (récidive d'un cancer du sein). Ablation de la tumeur le 17 août 1872.

Pansement humide. Pas de complications. Envoyée au Vésinet le 27 septembre. Durée du traitement, quarante jours. Guérison.

Année 1873.

IV

Poctrat, Marie, 44 ans, femme de ménage. Entrée le 27 avril 1872 pour un squirrhe de la mamelle gauche de la grosseur du poing. Début il y a cinq ans. Le 27 août 1873, ablation de la tumeur. Comme complications, un peu de pourriture d'hôpital sur la plaie le 17 septembre, mais qui a disparu un ou deux jours après. Sortie le 3 novembre. Durée du traitement, spixante-cinq jours. Guérison.

V

Chevallot, Marie, 24 ans, teinturière. Adénome du sein droit du volume d'un œuf de pigeon. Début il y a cinq ans. Ablation de la tumeur le 4 janvier 1873. Pansement humide. Pas de complications. Sortie le 11 février après un traitement de trente-huit jours. Guérison.

VI

Lacour, Joséphine, 39 ans, journalière. Adéno-sarcome du sein gauche du volume du poing. Début il y a six mois. Ablation de la tumeur le 22 mars 1873. Pansement humide. Pas de complications. Sortie le 3 mai. Durée du traitement, quarante et un jours. Guérison.

VII

Rainet, Marguerite, 51 ans, blanchisseuse. Squirrhe du sein gauche du volume d'une orange. Début il y a quatre ans. Ablation de la

tumeur le 25 août 1873. Réunion par suture d'un des angles de la plaie. Pansement humide. Lymphangite légère le 15 septembre. Sortie le 30 septembre. Durée du traitement, trente-six jours. Guérison.

VIII

Germain, Modeste, 57 ans, couturière. Squirrhe atrophique du sein droit du volume d'une noix. Le 25 août 1873, amputation du sein. Pansement humide. Pas de complications. Sortie le 11 octobre. Durée du traitement, quarante-six jours. Guérison.

IX

Badran, Louise, 68 ans, blanchisseuse. Adéno-sarcome du sein gauche très volumineux. Début il y a quatre ans. Le 22 octobre, amputation du sein. La tumeur pèse sept livres. Pansement humide. Pas de complications. Partie pour le Vésinet le 20 décembre. Durée du traitement, cinquante-neuf jours. Guérison.

M. Desprès a revu cette malade le 28 octobre 1875, elle se portait bien et la tumeur n'avait pas récidivé.

X

Thomasset, Sophie, 58 ans, journalière. Squirrhe ulcéré du sein droit du volume d'une pomme. Amputation le 29 décembre. Pansement humide. Pas de complications, mais récidive de la tumeur dans la plaie. Le 24 janvier destruction par le caustique des points récidivés. Sortie guérie de l'opération le 2 mars. Trois mois et demi de traitement. La malade a des signes de métastase viscérale.

ANNÉE 1874

XI

Bailly, Appoline, 38 ans, journalière. Sarcôme du sein. Début il y a sept mois. Le 28 février, amputation du sein. Pansement humide. Pas de complication. Durée du traitement cinquante-deux jours. Guérison.

XII

Chassagnot, Marie, 74 ans, journalière. Squirrhe ulcéré du sein gauche de la grosseur d'une orange; un ganglion axillaire engorgé. Le 28 janvier 1874, amputation du sein et ablation du ganglion. Pansement humide. Pas de complications. Sortie le 27 mars. Durée du traitement cinquante-cinq jours. Guérison.

XIII

Prodhin, Marguerite, 43 ans, couturière. Carcinôme du sein du volume du poing. Deux ganglions engorgés. Le 28 mai 1874, ablation de la tumeur et des ganglions. Pansement humide. Pas de complications. Durée du traitement quatre mois. Guérison.

En 1875, cette femme a vu son cancer récidiver sous forme de squirrhe en cuirasse.

XIV

Hivernaut, Marguerite, 38 ans, domestique. Adénôme du sein droit du volume d'une pomme. Début il y a deux ans. Ablation de la tumeur le 31 août. Pansement humide. Pas de complications. Sortie le 15 octobre. Durée du traitement quarante-cinq jours. Guérison.

XV

Germain, Modeste, 57 ans, couturière. Squirrhe du sein ulcéré et opérée une première fois il y a dix mois. Le 29 juillet 1874, amputation. Quelques jours après, apparition d'un érysipèle autour de la plaie qui a envahi successivement le cuir chevelu et la face. Cette femme a été pansée durant quelques jours avec des cataplasmes.

Sortie le 19 septembre. Durée du traitement cinquante jours. Guérison.

Année 1875

XVI

Boulard, Rosalie, 49 ans, rempailleuse. Squirrhe du sein du volume du poing. Amputation le 7 janvier 1875.

Pansement humide. Pas de complications. Sortie le 15 mars. Durée du traitement cinquante-deux jours. Guérison.

XVII

Delacroix, Alexandrine, 46 ans, journalière. Squirrhe du sein droit. Mamelle trois fois plus grosse que l'autre. Amputation du sein le 18 avril. Sortie le 5 juin. Durée du traitement cinquante jours. Guérison.

XVIII et XIX

Voir au commencement du chapitre les observations détaillées.

ANNÉE 1876.

XX

Mondin, Constance, 41 ans, couturière. Encéphaloïde du sein gauche. Adénite axillaire consécutive (érysipèle douze jours avant l'entrée). Début de l'encéphaloïde il y a neuf mois. Entrée le 8 juin 1876. Incision de l'adénite le 27 juin.

Ablation du sein le 31 juillet. Guérison.

Morte de tuberculose huit mois après la cicatrisation de la plaie.

XXI

Constant, Lélie, 47 ans. Entrée le 3 octobre. Adéno-sarcôme du sein. Amputation le 10 octobre. Sortie le 9 décembre. Guérison. Durée du traitement soixante-six jours.

ANNÉE 1877

XXII

Maillard, Catherine, 41 ans. Entrée le 30 juillet à l'hôpital Cochin pour un squirrhe du sein droit datant de plus d'un an. Ablation de la tumeur le 7 août. Sortie le 22 octobre. Guérison. Durée du traitement soixante-quinze jours.

XXIII

Fleury, Désirée, 42 ans. Entrée le 30 avril 1877 pour un adénôme de la mamelle datant de onze ans. Amputation le 24 mai. Cette malade

n'a pas voulu être chloroformée et a supporté l'amputation sans pousser un seul cri.

Sortie le 21 juin. Guérison. Durée du traitement vingt-sept jours.

XXIV

Sarel, femme Parmentier, 49 ans. Entrée le 26 juin 1877 pour un sarcôme du sein avec ganglion axillaire. Amputation avec une seule incision le 7 juillet. Ablation du ganglion en même temps.

Sortie le 20 août. Guérison. Durée du traitement quarante-trois jours.

XXV

Lebègue, Sophie, 48 ans. Entrée le 20 mars 1877, pour un sarcôme du sein droit. Amputation le 26 mai. Sortie le 29 mai. Guérison.

Durée du traitement soixante-neuf jours.

XXVI

Girard, Marie, 49 ans. Entrée le 6 septembre pour un adénôme kystique du sein droit. Amputation le 25 septembre. Sortie le 15 octobre. Guérison.

Durée du traitement vingt jours.

Année 1878

XXVII

Deresme, Constance, 60 ans. Entrée le 13 novembre, pour un cystosarcôme du sein droit. Amputation le 19 novembre.

Sortie le 2 janvier. Guérison. Durée du traitement quarante-trois jours.

XXVIII

Hatton, Emilie, 20 ans, lingère. Entrée le 23 juillet pour un adénôme du sein droit. Amputation le 10 août. Sortie le 16 novembre. Guérison. Durée du traitement quarante-cinq jours.

XXIX

Renault, Pauline, 45 ans. Entrée le 27 août pour un squirrhe ulcéré de la mamelle droite et un adénôme du même côté.

Amputation le 14 septembre. Sortie le 15 novembre. Guérison.

Durée du traitement soixante et un jours.

XXX

Massu, Louise, 66 ans, journalière. Entrée le 3 septembre pour un sarcôme du sein. Amputée le 9 septembre.

Sortie le 15 novembre. Guérison. Durée du traitement soixante-six ours.

Année 1879

XXXI

Noiret Anna, 28 ans. Entrée le 2 août pour un adénôme du sein droit. Amputation le 7 août. Angioleucite et érysipèle circonscrit le 11 août. Sortie le 13 septembre. Guérison.

Durée du traitement trente-six jours.

XXXII

Brunet, Emilie, 40 ans. Entrée le 12 septembre pour un adéno-

sarcôme du sein droit. Amputation le 16 septembre. Sortie le 25 octobre. Guérison.

Durée du traitement quarante-trois jours.

XXXIII

Bard, Marguerite, 64 ans. Entrée le 14 octobre 1879, pour un adéno-sarcôme du sein droit. Amputation le 18 octobre. Erysipèle le 25 octobre. Abcès du siège. Pleurésie purulente le 30 novembre. Morte le 4 décembre. A l'autopsie on ne trouve pas d'abcès métastatiques.

C'est le seul décès que l'on puisse rapporter à l'opération.

XXXIV

Chardin, Augustine, 52 ans. Entrée le 11 octobre pour un squirrhe du sein gauche. Amputation le 18 octobre.

Cette malade le 2 décembre était guérie et allait sortir quand la veille de sa sortie, le 3 décembre, elle descendit dans la cour de l'hôpital. C'était le jour où le thermomètre est descendu à 28° au-dessous de zéro. Il y eut immédiatement une gelure de la cicatrice, un érysipèle gangréneux et la malade mourut de septicémie.

XXXV

Collot, Justine 66 ans. Entrée le 23 août pour un squirrhe du sein gauche. Cautérisé en ville par un M. de Bruck qui prétendait guérir les cancers du sein sans opération.

La malade vient chez M. Desprès qui pratique l'amputation le 3 septembre.

Sortie le 11 octobre. Guérison.

Durée du traitement trente-huit jours.

XXXVI

Flamion, Joséphine, 54 ans. Entrée le 26 août pour un squirrhe de la mamelle gauche. Ablation le 3 septembre. Erysipèle généralisé le 7 septembre.

Sortie le 11 octobre. Guérison.

Durée du traitement trente-huit jours.

XXXVII

Observation publiée dans le *Bulletin de la Société anatomique de* 1879.

Anger, Céleste, 39 ans. Entrée le 9 septembre pour un squirrhe du sein droit. Amputation le 16 septembre. Erysipèle du sein et du bras le 28 septembre. Diarrhée. Perforation intestinale au niveau de l'S iliaque. Péritonite. Morte le 19 octobre. A l'autopsie on trouve l'intestin farci de tubercules.

On ne doit pas faire rentrer par conséquent ce cas dans les cas de mort provenant de l'opération car la plaie résultant de l'opération était complètement cicatrisée au moment du décès.

Année 1880.

XXXVIII

Folliot, Antoinette, 59 ans. Entrée le 16 avril pour un squirrhe rayonné du sein droit. Ablation le 28 avril. Sortie le 19 juin. Guérison.

Durée du traitement cinquante et un jours.

XXXIX

Chassé, Marie, 50 ans. Entrée le 13 mai pour un squirrhe du sein

gauche, avec ganglion axillaire. Amputation du sein et du ganglion le 14 mai. Sortie le 17 juillet. Guérison.

Durée du traitement soixante-trois jours.

XL

Henri, Véronique, 63 ans. Entrée le 7 juillet pour un squirrhe du sein droit. Ablation le 19 juillet.

Sortie le 14 septembre. Guérison.

Durée du traitement cinquante-cinq jours.

XLI

Dubois, Marguerite, 60 ans. Entrée le 31 juillet pour un encéphaloïde du sein droit. Amputation le 9 août. Sortie le 18 septembre. Guérison. Durée du traitement trente-neuf jours.

Les résultats obtenus pendant neuf années se répartissent de la manière suivante :

Amputations du sein	41
Guérisons	38
Morts	3

Parmi ces cas de mort, un seul peut être attribué à l'opération, c'est celui de la femme Bard qui porte le numéro 33 de nos observations. Cette femme succomba le 4 décembre 1879 des suites d'une pleurésie purulente. Pourtant à l'autopsie on ne trouva pas d'abcès métastatiques.

Quant aux deux autres cas, ils ne doivent nullement être mis sur le compte de l'opération. En effet, la femme

Chardin (observation 34) était complètement guérie de sa plaie quand, la veille de sa sortie elle descendit dans la cour de l'hôpital. C'était justement le 3 décembre 1879, ce jour où le thermonètre descendit à 28 degrès au-dessous de zéro. Il y eut immédiatement une gelure de la cicatrice, un vaste érysipèle gangréneux, et la malade mourut trois jours après.

De même pour le troisième cas qui est celui de la femme Auger (observation 37). Chez cette malade, la plaie d'amputation guérit parfaitement. Pourtant, M. Després conservait des doutes, car cette malade toussait, avait des sueurs nocturnes, une expectoration caractéristique et tout faisait craindre une terminaison fatale, quand une diarrhée bientôt suivie des symptômes d'une perforation intestinale avec une péritonite, vint terminer la scène. A l'autopsie on constata une perforation intestinale au niveau de l'S iliaque et des ulcérations tuberculeuses, du colon et de l'S iliaque, la pièce a été présentée à la *Société anatomique* (novembre 1879.)

Nous devons ajouter que toutes les amputations ont été pratiquées à l'hôpital, alors même qu'il y avait des érysipèles dans les salles. On ne peut donc invoquer l'influence des milieux pour expliquer les heureux résultats. Pour nous, nous n'hésiterons pas à les attribuer à deux causes : 1° la non-réunion des plaies ; 2° le pansement humide.

En plus des cas que nous avons mentionnés, M. Després a pratiqué dans sa clientèle 46 autres amputations du sein. Il a toujours suivi le même pansement et n'a pas eu un seul cas de mort.

Ainsi nous pouvons établir le tableau suivant :

Amputations du sein	41	à l'hôpital.
id.	46	en ville.
Morts	3	dont 1 seule consécutive à l'opération.

Il y a déjà loin de ces résultats à ceux que signale Velpeau dans son *Traité des maladies du sein.*

De 1824 à 1852 inclusivement :

Amputations du sein.	200
Morts	30
Soit 15 morts pour	100 opérées.

C'est que Velpeau réussissait souvent. Mais à la fin de sa carrière, il avait lui-même reconnu les inconvénients qu'il signale dans son livre, il ne réussissait plus.

CHAPITRE IV

CONCLUSIONS

1° Le meilleur pansement, dans les plaies avec perte de substance, est le pansement humide. Cette humidité est obtenue pendant les premiers jours artificiellement par le mouillage répété toutes les deux heures avec de l'alcool camphré ;

2° Dès l'apparition de la suppuration, le pus qu'on doit respecter constitue le milieu humide. Dès lors le mouillage doit être suspendu ;

3° Ce pansement humide peut être considéré comme le véritable pansement physiologique des plaies avec perte de substance. En effet il est basé tout entier sur l'observation de la nature. Ne voyons-nous pas, en effet, les tissus de l'embryon se développer dans un milieu humide et les plaies qui guérissent le mieux et le plus vite ne sont-elles pas les plaies de la cavité buccale constamment plongées dans l'atmosphère humide constituée par la salive ;

4° Pour toute plaie avec perte de substance la réunion immédiate doit être évitée et un des avantages du pansement humide est précisément d'empêcher cette réunion.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Follin et Duplay. — Traité de pathologie externe.
Hippocrate. — Traduction Littré. Des plaies.
Guy de Chauliac. — Des plaies. Trad. Joubert.
Ambroise Paré. — Edition Malgaigne, tome II.
id. Des plaies par arquebuses.
Thèse de M. Souilhé (1876).
Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, tome III.
Philippe Boyer. — Thèse de concours pour le professorat (1841).
Velpeau. — Traité des tumeurs du sein.
Dubreuil. — Des différentes méthodes de pansement des plaies. Thèse agrégation (1869).
Benjamin Anger. — Thèse agrégation (1872).
De Gaulejac. — Thèse 1864.
Gosselin. — Thèse de concours pour le professorat (1851).
Ch. Lasègue. — Des ferments et des fermentations morbides. Archives générales de médecine (1870).
Lucas-Championnière. — Chirurgie antiseptique.
Desprès. — Chirurgie journalière.
Mémoires de la Société de chirurgie (1879).
Desprès. — Traité de l'érysipèle.

Imprimerie A. DERENNE, Mayenne. — Paris, boulevard Saint-Michel, 52.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Articulation tibio-tarsienne. Branches de l'artère carotide externe. Rapports de l'artère linguale.

Physiologie. — De la sécrétion urinaire.

Physique. — Qualités du son. Des lentilles.

Chimie. — Préparations de mercure employées en médecine.

Histoire naturelle. — Des vers intestinaux et la douve hépatique.

Pathologie externe. — Coxalgie et tuberculose testiculaire.

Pathologie interne. — Des formes de pneumonie. De la variole.

Pathologie générale. — Des hémorrhagies.

Anatomie pathologique. — Des altérations de la cirrhose.

Médecine opératoire. — Ligature de la linguale et amputation sous-astragalienne.

Pharmacologie. — Des cérats et du diachylon.

Thérapeutique. — Traitement des fièvres pernicieuses. Préparations de digitale.

Hygiène. — Des aliments. Du lait. Des vins.

Médecine légale. — Rapport sur un cas d'immersion.

Accouchements. — Présentation du siège. Souffle utérin.

Vu par le Président de la thèse,
DUPLAY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD